Faculté de médecine
Département de médecine
Université Mouloud MAMMERI de Tizi-Ouzou

Dr Ali AIT-MOHAND
Maitre-Assistant en épidémiologie

Les systèmes de santé dans le monde et en Algérie

Objectifs :

- Définir un système de santé
- Connaitre les objectifs d'un système de santé
- Connaitre les composantes d'un système de santé
- Connaitre les différents types de système de santé, leurs avantages et inconvénients.

I. Introduction

« Le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé » (OMS)
Le système de santé d'un pays, est constitué de l'ensemble des moyens humains, structurels, culturels, organisationnels, juridiques, matériels, financiers et stratégiques qu'il destine à la réalisation des objectifs d'une politique de santé déterminée.

II. Objectifs du système de santé

- Ainsi défini, le système de santé intègre un autre système plus vaste, celui de l'économie générale dont, en fait, il n'en constitue qu'un sous-ensemble
- La politique de santé d'un pays est, ainsi, intimement liée à l'organisation et au niveau de son système Restaurer la santé : distribuer des soins à l'individu malade.
- Réduire la fréquence et la gravité des pathologies et des accidents et des incapacités par des actions de prévention
- Former les professionnels de santé et promouvoir la recherche biomédicale pour améliorer la qualité des soins.

III. Composantes du système de soins

1- ***La demande de soins :*** ensemble des bénéficiaires-utilisateurs des services (usagers, clients, malades, ayant droits) et des contributeurs (contribuables, assurés, entreprises, salariés, travailleurs indépendant)

2- ***L'offre de soins*** : elle est représentée par les éléments suivants : médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, hôpitaux. On peut distinguer :

- **Soins primaires (de première ligne)** : Soins répondant à une demande de soins exprimée directement par la population, les soins de santé primaires sont des soins essentiels auxquels toutes les personnes et toutes les familles d'une collectivité peuvent avoir accès sans distinction, d'une façon qui leur convient, avec leur pleine participation et à des coûts abordables pour la collectivité et le pays.

- Soins secondaires (de seconde ligne) : Soins spécialisés répondant à une demande médicalisée par les professionnels de santé de première ligne.

- Soins tertiaires : Soins hautement spécialisés, habituellement prodigués dans des services spécifiques. L'accès répond à la demande de spécialistes de seconde ligne (exemple la transplantation de tissus ou d'organes).

3- ***Le financement*** (état, caisses d'assurance publiques ou privées, mutuelles, organisations non gouvernementales) :

Le financement intégral des soins par le bénéficiaire n'est pas possible compte tenu des coûts. Des systèmes de protection sociale leur viennent en aide.
On distingue classiquement quatre grands modèles de protection sociale dans le monde :

- Le système Bismarckien ou assurantiel, le plus ancien, introduit en Allemagne à la fin du 19° siècle par le chancelier Bismarck (1883). Il s'agit de régimes obligatoires d'assurance sociale obligatoire contrôlée par l'État qui sont destinées à protéger les travailleurs. Les assurances sont financées par des cotisations proportionnelles au salaire, partagées entre salariés et employeurs.

- Le système Beveridgien ou assistanciel, plus récent, apparu en Angleterre en 1942 a été proposé par Lord Beveridge. Il aboutit en 1948 à la création d'un monopole de santé publique d'État. Il s'agit d'un système universel de protection sociale non lié à l'emploi (donc sans affiliation), financé par l'impôt et engageant directement les finances publiques. De fait, l'ensemble des citoyens est uniformément couvert par le système.

- Le système d'inspiration libérale, implanté aux États-Unis, sans obligation d'assurance. Il combine l'assurance privée volontaire concurrentielle (75% de la population), et des mesures d'assistance destinées aux familles défavorisées (14%).

4- ***Les pouvoirs publics*** : ont pour mission la définition de normes, la fixation du cadre règlementaire d'exercice, la régulation générale du système, etc...

Ces quatre composantes du système de soins sont reliées entre elles par des « liaisons », qui représentent :

- Des flux d'argent, dont la nature est variable selon le type de système (honoraire, salaire, cotisations, prime d'assurance, impôt, remboursement, dotation globale...)
- Des flux de personnes : libre choix, choix réglementé...
- Ou des flux d'informations : besoins de santé, niveau d'activités, normes techniques, cadre règlementaire.

IV. Organisation du système de soins

L'organisation des systèmes de soins modernes tend vers l'intégration, définie comme un processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouverne commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif.

Elle vise à maîtriser les tensions et les contradictions qui sont à l'origine des dysfonctionnements du système de santé, entre autres la fragmentation des soins, l'utilisation inadéquate des compétences, l'accès inéquitable à certains services.

V. Modèles de systèmes de santé dans le monde

Selon le statut des producteurs de soins, du type de protection de la population et du mode de financement du système, on distingue trois types :

- ***Le système centralisé ou étatique :*** adopté par les pays ex-socialistes et le royaume uni (National Health Service), l'État joue le rôle principal, en étant à la fois le contrôleur, le planificateur et le financeur de l'ensemble du dispositif, qui relève ainsi exclusivement du secteur public : modèle du « ***Système National de Santé*** ».

Dans le système anglais crée en 1948 par Beveridge, la production de soins est assurée dans le cadre d'un monopole public, par l'intermédiaire des :

- ✓ Établissements hospitaliers, qui sont tous nationalisés et leurs praticiens sont des salariés du NHS.
- ✓ Praticiens généralistes, qui sont sous contrat avec le NHS mais conservent leur statut d'indépendance. Ils perçoivent un montant forfaitaire par malade inscrit pour une année : le principe de la capitation.

L'accès aux soins est réglementé, chaque individu est inscrit sur la liste d'un médecin généraliste auquel il doit s'adresser obligatoirement pendant une année pour se faire soigner ou être orienté vers un spécialiste ou l'hôpital.

Les médecins spécialistes travaillent comme des consultants dans les hôpitaux et sont salariés. Concernant la protection sociale de la population, le NHS assure tous les soins qui sont gratuits ou quasi-gratuits pour l'usager. Pour les médicaments, il existe un ticket modérateur.

Le financement du NHS repose essentiellement sur le budget étatique (86%) selon le principe de redistribution des revenus préconisés par Beveridge ; la part restante est partagée par les cotisations perçues par les salaires (10%) et le ticket modérateur (4%).

<u>- Le système décentralisé ou libéral</u> : soumis à la loi du marché où le régulateur est le prix. L'État se limite à la définition des règles et aux contrôles réglementaires indispensables et où une large autonomie est laissée à la fois aux usagers et aux professionnels offreurs de soins, le financement du système étant assuré par une offre concurrentielle d'assureurs privés. Si l'usager a le libre choix de souscrire tel ou tel contrat d'assurance, son accès au système de soins, qui relève exclusivement du secteur privé, est conditionné par le type de contrat souscrit.

Ce système est adopté par les États-Unis d'Amérique et la Suisse.
Le système américain se répartit entre le privé (2/3) et le public (1/3). La médecine ambulatoire est entièrement privée. Il existe par ailleurs, des organisations spécifiques fournissant un ensemble complet de services à des usagers ayant acquitté un prix annuel forfaitaire: Health Maintenance Organisation.

Les médecins sont libres de fixer les tarifs ; le paiement à l'acte est courant pour les soins ambulatoires
Concernant l'hospitalisation, la facturation inclut chaque service.
La protection sociale est représentée par l'assurance privée à titre individuelle ou par l'intermédiaire des employeurs.
Le montant des primes est déterminé par les lois du marché.

Cependant, il existe des programmes d'assurances sociales financés par l'état tels que :

- MEDICARE destiné aux personnes âgées.
- MEDICAID destiné aux personnes aux revenus bas.

Le système américain est cher (10,8% du PIB).

<u>- Le système mixte</u> associe la décentralisation et la centralisation.
Le système français en est un exemple.

La décentralisation se manifeste au niveau des usagers qui bénéficient d'une liberté dans le choix du producteur de soins, de l'établissement de soins et de s'adresser à un ou plusieurs producteurs de soins de divers catégories sans l'intermédiaire du médecin généraliste.

Quant à la centralisation, elle est liée au rôle de l'état et des organismes d'assurance-maladie dans le financement du système.

VI. Valeurs essentielles d'un système de soins (OMS)

- La qualité : aptitude du système à fournir des réponses satisfaisantes aux besoins de santé d'une personne. Fonction du degré de développement socio-économique, de disponibilité des technologies et du personnel qualifié dans un contexte donné.

- ***L'équité :*** capacité du système à permettre à toute personne de la population d'accéder à des services appropriés, répondant à ses besoins, sans discrimination de race, sexe, âge, groupe ethnique ou religieux, niveau socio-économique...

- L'efficience : capacité du système à faire le meilleur usage possible des ressources disponibles. L'efficience consiste à offrir les services et prestations maximisant le ratio (amélioration de l'état de santé/coût). L'utilisation de médicaments génériques est un exemple de décision visant à améliorer l'efficience d'un traitement.

VII. Qualités d'un système de santé

Pour optimiser le niveau de chacune des 4 valeurs, le système de soins doit rechercher les qualités suivantes :

- ***La globalité :*** soins complets et prévention
- ***L'accessibilité :*** financière, géographique
- **L'acceptabilité :** pour les usagers mais aussi pour les professionnels de santé et pour les financeurs
- ***L'efficience :*** L'efficacité technique et économique
- ***La souplesse***, c'est à dire la capacité à s'adapter rapidement en cas d'émergence de nouveaux besoins, et à se redéployer lorsque les services ne sont plus pertinents.

VIII. Performances des systèmes de santé (OMS).

Les trois buts des systèmes de santé se traduisent en cinq résultats distincts :

- le niveau de santé atteint dans une population,
- l'équité en matière de santé au sein de cette population,
- la réactivité du système de santé,
- l'équité en matière de réactivité,
- l'équité de la contribution financière.

L'évaluation de la performance est tributaire des indicateurs clairement définis pour chaque résultat, des méthodes permettant de les mesurer, des stratégies pour la collecte des données, et des procédures pour synthétiser les résultats et les notifier régulièrement.

Le système de santé en Algérie

I. Introduction

Le système de santé en Algérie s'est construit autour de l'objectif majeur d'équité.

L'équité dans l'accès aux soins et aux prestations va se concrétiser essentiellement par une politique d'extension de l'offre, doublée d'une politique d'équilibre régionale.

II. Demande de soins

- Population
- Nombre de naissances
- Nombre décès
- Nombre de consultations
- Nombre d'hospitalisations

III. L'offre de soins

L'offre de soins est assurée par :

- Des établissements de santé publics (les établissements hospitaliers et extrahospitaliers),
- Des structures de soins privées (les cliniques médicales et médicaux chirurgicaux, cabinets médicaux, officines pharmaceutiques…etc.) et
- Des structures parapubliques qui ont pour mission de fournir des prestations de soins qu'elles soient de nature préventive ou curative.

Une offre en médicament dans le but de couvrir les besoins des citoyens algériens

- **Le secteur public** a pour rôle d'assurer les soins primaires et les urgences, les soins spécialisés et la prévention. Il est réparti à travers tout le territoire national, mais avec un désavantage pour les régions des hauts plateaux et du sud, surtout en spécialistes et en plateaux techniques.

- **Le secteur privé** compte des milliers de cabinets médicaux (de médecins généralistes, de médecins spécialistes, de chirurgiens-dentistes, de rééducation fonctionnelle) et d'officines pharmaceutiques et un peu plus de 221 cliniques, totalisant 3400lits d'hospitalisation, répartis sur 32 wilayas. Il emploie environ 25.000 praticiens

- **La production nationale de médicaments**. En 2011, l'Algérie compte 56 unités de production de médicaments, Elles couvrent 35% des besoins nationaux en valeur et 53% en volume

IV. Le financement

Le secteur de la santé en Algérie est financé essentiellement par trois grandes sources :

- l'État, qui veille à l'équité sociale, et à la promotion des soins préventifs et des soins curatifs, afin d'améliorer l'état de santé de la population,
- La sécurité sociale qui continue à assurer une fonction privilégiée de redistribution des revenus et de limitation de la précarité et de l'insécurité.
- Et des ménages, qui assurent une proportion non négligeable des dépenses de santé. Les usagers sont impliqués de plus en plus dans le financement de la santé à partir de 1984 et surtout à partir de l'application du plan d'ajustement structurel
- La participation à ce financement varie en fonction de la conjoncture économique du pays.

V. La performance

L'objectif d'un système de santé est la mise en œuvre concrète de la politique de santé, en vue d'améliorer la santé des citoyens.
Selon le Rapport sur la Santé de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), l'Algérie occupe le 45ème rang en termes de niveau de santé, parmi les 191 États Membres du classement.
Elle est classée au 81ème rang en matière de performance globale du système de santé

VI. Organisation

Le système national de santé est organisé autour d'un secteur public et d'un secteur privé.

Le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) :
- gère les soins hospitaliers et contrôle les conditions d'exercice du secteur privé
- chargé de la santé publique en Algérie.
- met en application le programme d'action du gouvernement.

Il a pour mandat de mettre en application le programme d'action du gouvernement qui comporte:

- Amélioration de la couverture sanitaire ;
- Amélioration de la qualité des prestations ;
- Prise en charge les transitions démographique et épidémiologique;
- Rationalisation de la gestion et promotion de la coordination avec les autres secteurs

Plusieurs établissements sont sous sa tutelle :

- ***Organismes de sécurité sanitaire :***

- L'Institut national de santé publique(INSP) qui a à sa charge toute la surveillance épidémiologique sur tout le territoire national,

- Le Laboratoire de contrôle des produits pharmaceutiques(LCPP) chargé du contrôle préalable de tout médicament avant sa mise sur le marché (1993),

- L'Agence nationale du sang(ANS) qui a la charge de l'élaboration de la politique nationale du sang (1995),
- Le Centre national de pharmacovigilance et de matériovigilance,
- Le Centre national de toxicologie, qui a la responsabilité de la surveillance des effets consécutifs à la mise à la consommation de médicament et à l'utilisation de dispositifs médicaux (1998);

- ***Organismes d'appui logistique :***

L'Institut Pasteur d'Algérie, la Pharmacie centrale des hôpitaux (PCH) chargé d'assurer l'approvisionnement des structures sanitaire publiques en produits pharmaceutiques (1994);

- ***Organismes de formation, de documentation, de recherche et d'information :***

- l'École nationale de santé publique,
- l'Institut national de pédagogie et de formation paramédicale,
- les instituts de formation paramédicale et
- l'Agence nationale de documentation en santé.

Les personnels et les structures de santé sont, dans chacune des 48 wilayas, placés sous l'autorité du directeur de la santé de la wilaya qui est membre de l'exécutif de wilaya.

Actuellement, au sein de ce système, coexistent trois sous-ensembles :

- le secteur public,
- le secteur parapublic
- le secteur privé.

Il existe quelques passerelles entre ces trois sous-ensembles, dans la mesure où certains personnels du secteur public exercent des vacations au sein du secteur parapublic ou privé et que, d'autre part, des personnels du secteur privé peuvent exercer après conventionnement au sein du secteur public

IX. Hiérarchisation

Les soins de premier recours, du type D : qui relèvent de l'activité des centres de soins, des salles de soins et de consultations, et des polycliniques selon les normes suivantes :

- une salle de soins et de consultations pour 10.000 habitants.
- une polyclinique conçue pour 25.000 à 30.000 habitants qui offrent des possibilités de consultations spécialisées.

Les soins généraux du type C : au niveau des hôpitaux de daïra, de wilaya ou de région qui assurent des activités de soins, de prophylaxie, de formation et d'administration de la santé. Un hôpital comprend des spécialités telles que la chirurgie générale, la médecine interne, la gynécologie obstétrique, la pédiatrie et dans la mesure du possible, l'ORL et l'ophtalmologie.

Les soins spécialisés du type B sont assurés seulement par les établissements hospitaliers spécialisés au niveau régional ou national (le siège est le chef lieu de la wilaya).

Les soins hautement spécialisés du type A : fournis par des établissements hospitaliers spécialisés dont les activités sont réservées à la prévention et au traitement de maladies lourdes cardiovasculaires, les néoplasies, les traumatismes graves, les grands brulés et la dialyse rénale. Ces structures sont de référence nationale.

En présence de faculté de médecine dans leur circonscription), ces établissement assurent également la formation médicale graduée et post graduée et la recherche scientifique d'où la dénomination : centre hospitaliers universitaires.

X. Régionalisation sanitaire

Qui signifie le regroupement de plusieurs wilayas assure au niveau de chaque entité géographique (la région) l'ensemble des soins préventifs et curatifs disponibles. La carte sanitaire est découpée en treize régions sanitaires, dont cinq sont officiellement crées. La région sanitaire définit trois types d'établissements :

- Établissement (EPH et EPSP) de type C, correspondant à une daïra.
- Établissement (EPH et EPSP) de type B, relatif à une wilaya.
- Établissement (EPH et EPSP) de type A, qui est la référence au niveau régional.

On peut schématiser cette organisation par une pyramide, dont

- le sommet est représenté par un établissement hospitalier régional (EHR) ou centre hospitalier universitaire (au nord du pays), assurant des soins de types A,B,C et qui a une capacité de 660 à 700 lits ;

- le niveau intermédiaire, regroupe les établissement hospitaliers de wilaya (EHW), qui dispensent des soins de type B,C et ont des capacités de 240 à 400 lits ;

- quant à la base, elle est représentée par des établissements hospitaliers de daïra de 60 à 120 lits et dispensant des soins de type C.